

GE_GERICHTE A/1702/2007 vom 25. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1702_2007

FR: GE_GERICHTE A/1702/2007 du 25 mars 2010

IT: GE_GERICHTE A/1702/2007 del 25 marzo 2010

Erwägungen

E. 2

), intolérance aux IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion, molécules efficaces contre l'hypertension ; T88.7), allergies aux pollens, Dafalgan et Tramal (T88.7) et mauvais état dentaire (K02). Il ressort de ce rapport qu'à son admission, le recourant a signé un contrat d'abstinence auquel il s'est tenu. À l'audience d'enquêtes du 6 novembre 2008, le docteur E_____ a indiqué qu'il retenait les diagnostics d'état dépressif récurrent et de troubles de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif. Le témoin a ajouté que s'il arrivait à l'assuré de traverser des périodes totalement asymptomatiques, le moindre facteur de stress ou la recrudescence de douleurs le faisaient « replonger » ; les symptômes suivants se manifestaient alors : perte d'espoir, perte de confiance, idées suicidaires, perte de l'appétit, troubles du sommeil et anxiété importante. À titre d'exemple, le simple fait de changer de thérapeute le mois précédent avait suffi à provoquer une rechute. Dans de tels cas et pour contrer les douleurs, l'assuré avait tendance à recourir à l'alcool, mais là encore, la prise en charge avait été remarquable ; le recourant avait ainsi rechuté au mois de septembre précédent, mais il avait très vite pu retrouver l'abstinence. Selon le témoin, le double diagnostic d'état dépressif et d'état émotionnellement labile explique les épisodes potentiellement dangereux durant lesquels, suite à un stress quelconque, le recourant peut présenter des symptômes extrêmement aigus. La littérature enseigne en outre que chez les personnes émotionnellement labiles, un dérèglement neurobiologique peut expliquer la faiblesse de résistance au stress. C'est ce qui conduit le témoin à conclure à une totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Le docteur E_____ a encore exposé qu'en mars 2006, soit quelques mois avant que ne débute la prise en charge, le recourant a vécu un événement particulièrement traumatisant puisqu'il a trouvé son compagnon pendu à son domicile. Cet événement avait eu un effet dévastateur et pouvait donner un caractère plus potentiellement dangereux aux idées suicidaires du recourant. Enfin, le témoin a exprimé l'avis qu'il était vraisemblable que des troubles psychiques aient préexisté à la prise en charge dès lors que les traits de personnalité émotionnellement labile remontent généralement à l'adolescence. Dans un certificat établi le 30 décembre 2008, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie de la main, a attesté avoir pris le recourant en charge en février 2007 suite à un traumatisme par fracture C3 du poignet droit avec compression du nerf médian à droite. Le 22 janvier 2008, le patient avait bénéficié d'une reprise chirurgicale de son ostéosynthèse primitive par la réalisation d'une arthrodeuse radio-scapho-lunaire droite pour une arthrose radio-carpienne et radio-ulnaire distale droite post-traumatique. Dans le même temps, il avait bénéficié d'une cure de hernie musculaire anté-brachiale droite post-traumatique. Au mois de décembre 2008, il avait été pris en charge pour une nouvelle fracture de l'extrémité distale du radius droit, pour laquelle il avait bénéficié d'une ostéosynthèse par plaque. Dans le même temps avait été mis en place un filet permettant de réduire à nouveau la hernie musculaire du fléchisseur ulnaire du

carpe, qui était douloureuse. Le membre supérieur droit du recourant avait été multi-traumatisé et multi-opéré. Le médecin a émis l'avis que l'assuré ne pourrait plus retrouver une activité professionnelle comme auparavant. Son incapacité de travail remontait à la date anniversaire de son accident en 2007. Par lettre du 13 mars 2009, le recourant a notamment demandé que son dossier soit soumis une nouvelle fois à l'avis du SMR. Le docteur G _____, spécialiste en rhumatologie, a établi à son tour un rapport en date du 28 avril 2009. Il en ressort notamment que, depuis début 2008, les douleurs poly-articulaires ressenties par le recourant ont nettement augmenté avec l'apparition d'un état inflammatoire tant clinique que biologique. Un traitement lourd et coûteux, mais efficace (à 50%), a été introduit. Le recourant souffre en outre d'une arthrose des genoux, sévère à droite, qui se surajoute à la polyarthrite rhumatoïde et qui rend l'usage de deux cannes nécessaire à ses déplacements. Le médecin a expliqué que ce problème pourrait être résolu à long terme par la pose de prothèses des genoux si le contexte médical (mauvais état d'immunosuppression et éthyliste chronique) le permettait ; en attendant, le recourant est partiellement soulagé par des injections intra-articulaires de cortisone et par la physiothérapie. Outre ces deux problèmes, le médecin a souligné que le recourant a été victime de fractures au niveau des membres supérieurs suite à des chutes et, plus récemment, d'une fracture du coude droit suite à une agression. Ces fractures ont nécessité des interventions chirurgicales et ont encore entravé une capacité fonctionnelle déjà fortement diminuée. Le docteur G _____ a encore précisé que la polyarthrite rhumatoïde est une maladie chronique qui, au mieux, peut entrer en « rémission clinique » mais qui ne peut en aucun cas être guérie, des rechutes étant possibles à tout moment. Cette maladie entraîne l'obligation de se reposer physiquement, c'est-à-dire d'éviter le port de charges, même légères, les mouvements répétés des membres supérieurs, la marche et la position debout prolongée. En conclusion, le médecin a émis l'avis que son patient est dans l'incapacité totale de travailler si l'on intègre la polyarthrite rhumatoïde, déjà sévère, dans le contexte de pluri-morbidités résumé par le Service médical de la Clinique de Montana. Par pli du 10 juillet 2009, le recourant a produit deux nouvelles attestations médicales, établies respectivement par les docteurs F _____ et B _____. Invité à se déterminer, l'OAI a, par lettre du 17 août 2009, notamment fait valoir que les pièces nouvellement produites n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation du dossier. Invité à son tour à se déterminer, le recourant a, par lettre du 18 septembre 2009, persisté à réclamer l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 25 avril 1997. Il soutient que son état s'est progressivement et inéluctablement dégradé depuis 1996, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, au point qu'il est désormais dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité professionnelle. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). D'autre part, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité

des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé au bureau de poste le 26 avril 2007 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant doit se voir reconnaître le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, que ce soit sous forme de rente ou de mesures de réadaptation. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (aLAI), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Conformément à l'art. 29 al. 1^{er} aLAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Par ailleurs, conformément à l'art. 8 aLAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (al. 1^{er}). Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (al. 3 let. b). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351). Cela étant, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF précité, consid. 3b/bb et cc). En l'espèce, le docteur C_____ a rédigé son rapport d'expertise en se basant tant sur l'examen clinique et les plaintes du recourant que sur l'étude approfondie du

dossier médical, en pleine connaissance de l'anamnèse. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles du recourant et il a dûment expliqué et motivé son point de vue. En conséquence, son rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante. L'opinion divergente du docteur B _____, qui figure notamment dans le rapport médical qu'il a établi le 15 avril 2006, n'est pas de nature à mettre en cause les conclusions de l'expert quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Il apparaît en effet que l'opinion du docteur B _____, qui porte moins sur les constatations recueillies que sur l'appréciation de leurs conséquences, n'est étayée par aucune explication. En sa qualité de médecin traitant du recourant, le docteur B _____ était en outre, conformément aux principes qui viennent d'être rappelés, susceptible de prêter une attention excessive aux plaintes de son patient, de sorte que ses rapports doivent en toute hypothèse se voir accorder une moindre valeur probante. Il sied au surplus d'observer que les avis des docteurs A _____ et D _____, que le recourant invoque notamment pour démontrer la gravité de sa dépendance à l'alcool et l'aggravation progressive de son état de santé, ont été établis entre juillet 1997 et décembre 2004. Or, le certificat établi le 30 novembre 2007 par le docteur E _____ atteste que, depuis septembre ou octobre 2006, l'état psychique de son patient, dont la dépendance à l'alcool était « stabilisée » et qu'il suivait avec succès le traitement de ses troubles somatiques depuis mars 2005, s'était « nettement amélioré ». Ce constat, parmi d'autres, confirme les observations faites par le docteur C _____ quelques mois plus tôt, selon lesquelles l'aggravation de l'état de santé du recourant constatée par les docteurs D _____ et A _____ notamment, n'avait pas le caractère irréversible que ces praticiens lui prêtaient alors. En conséquence, il y a lieu de faire prévaloir les conclusions de l'expert C _____. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent ensuite être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en

règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121, consid. 3.2), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En l'espèce, le revenu auquel le recourant pouvait prétendre compte tenu de ses limitations (revenu d'invalidé) s'établit, conformément aux principes rappelés plus haut, de la manière suivante. Le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle dans des activités simples, répétitives qui permettent l'alternance des positions, de sorte qu'il convient de se référer aux données statistiques générales. Le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 4'294 fr. par mois en 1996 (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 4'314 fr. 25 en 1997 en raison de l'évolution des salaires nominaux (La Vie économique, 12/2008, p. 95, tableau B10.3). Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre les limitations fonctionnelles du recourant, et représente, étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1997 (41.9 heures), un revenu de 4'519 fr. 20 par mois, soit 54'230 fr. par année, soit 43'384 fr. pour un taux d'activité de 80%. Se pose ensuite la question de savoir si, du revenu d'invalidé ainsi déterminé, il convient d'appliquer une réduction supplémentaire et, dans l'affirmative, dans quelle mesure. On relèvera qu'au moment déterminant, le recourant, alors âgé de quarante-huit ans, pouvait faire valoir une certaine expérience ; cependant, le fait qu'il soit désormais cantonné à des travaux légers réduit l'éventail des activités possibles par rapport à celui offert à un travailleur parfaitement apte, de sorte qu'il faut admettre qu'il devrait vraisemblablement compter avec un salaire légèrement inférieur à la moyenne (cf. ATFA du 28 juillet 1999, publié in VSI 1999 p. 246). De plus, outre les limitations constatées, le recourant n'était capable de travailler qu'à 80%, de sorte qu'il aurait subi les conséquences du fait qu'il ne pourrait exercer qu'à temps partiel. S'y ajoute le fait que les mouvements fins lui sont désormais impossibles. Partant, la réduction de 15% retenue par l'intimé n'est pas critiquable. Il convient par conséquent de retenir un revenu d'invalidé de 36'876 fr. 40. Selon sa demande initiale de prestations, le recourant pouvait, sans invalidité, prétendre au versement d'un salaire annuel brut de 60'000 fr. en 1995 (5'000 x 12), soit d'un salaire annuel brut de 61'017 fr. 50 en 1997 (cf. La Vie économique, op.cit.). Il résulte de la comparaison des revenus ainsi déterminés un taux d'invalidité de 39.56%, arrondi à 40% en 1997, lequel donne droit à un quart de rente. Le Tribunal considère que l'ouverture du droit remonte au 1^{er} septembre 2003. Il se base pour cela sur le fait que, selon le rapport du docteur A_____ du 4 février 2004, l'état de l'assuré s'était aggravé dix-huit mois plus tôt ; il est ensuite resté stationnaire et donc semblable à ce qu'il était au moment de l'expertise du docteur H_____. C'est ce qui conduit à conclure qu'avant août 2002, l'état de l'assuré n'était pas invalidant au point d'ouvrir droit à des prestations. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, il convient de rappeler que, selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et

que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). En l'espèce, force est de constater que le recourant, s'il remplit à l'évidence les conditions objectives mises à l'octroi d'un reclassement (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20%), ne remplit en revanche pas les conditions d'adéquation. En effet, plusieurs médecins se sont montrés fort pessimistes sur le succès d'éventuelles mesures, en tout cas pour le moment. Dans de telles circonstances, il convient de considérer que la mise en œuvre de mesures de réadaptation n'est pas indiquée. Quant à l'éventuelle aggravation que les rapports médicaux les plus récents, soit notamment celui du docteur G _____, laissent supposer, force est de constater qu'elle est postérieure à la décision querellée, de sorte que le Tribunal de céans ne saurait se prononcer. Il est en revanche loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de ce chef.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.